

CC 360

PAULO RENATO CORRÊA GLAVAM JÚNIOR

**SÍNDROME DA ÚLCERA SOLITÁRIA DO RETO
RELATO DE DOIS CASOS**

**FLORIANÓPOLIS
NOVEMBRO/1995**

PAULO RENATO CORRÊA GLAVAM JÚNIOR

**SÍNDROME DA ÚLCERA SOLITÁRIA DO RETO
RELATO DE DOIS CASOS**

**Trabalho de conclusão do curso de
graduação em medicina, apresentado
ao Departamento de Clínica
Cirúrgica, da Universidade Federal
de Santa Catarina.**

ORIENTADOR: Prof. Felipe Felício

**FLORIANÓPOLIS
NOVEMBRO/1995**

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Felipe Felício, pela compreensão e entusiasmo em aceitar a tarefa de orientação.

À Profª. Irene Vieira de Souza, pela inestimável colaboração, incentivo e co-orientação, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

Ao Dr. João Carlos de Oliveira, que cordialmente colaborou para a elaboração do mesmo.

Ao Prof. Antônio Carlos Scaramelo, pelo apoio na documentação fotográfica.

À Maria Djanilva de Melo, pelo trabalho de editoração.

Aos Pacientes, que, mesmo incógnitos no seu sofrimento, nos permitem, a cada dia, trilhar o caminho rumo a um futuro melhor.

SUMÁRIO

RESUMO.....IV

ABSTRACT.....V

INTRODUÇÃO.....6

PACIENTES E MÉTODOS.....8

CASO N^a 01.....9

CASO N^a 02.....14

DISCUSSÃO.....17

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....32

RESUMO

A Síndrome da Úlcera Solitária do Reto é um distúrbio que acomete adultos jovens, de ambos os sexos, apresentando-se clinicamente por retorragia, mucorréia e desconforto ao defecar.

De patogenia ainda não totalmente esclarecida, é, provavelmente, causada por uma alteração na contratilidade da musculatura pélvica, principalmente do músculo pubo-retal, que não relaxa durante as evacuações, gerando pressão intrarretal excessiva e formação de prolapso interno, clinicamente detectável ou não, o que leva a um traumatismo crônico da parede retal, com conseqüente ulceração.

O diagnóstico é firmado apenas pelo estudo histopatológico que, caracteristicamente, apresenta alteração da camada *muscularis mucosae*, com hipertrofia de suas células, e invasão da lâmina própria por fibras musculares e fibroblastos, com hiperprodução de colágeno.

É patologia infreqüente, mas deve ser lembrada no diagnóstico diferencial de doenças mais comuns como retolite ulcerativa inespecífica, doença de Crohn, amebíase, e, principalmente, carcinoma do reto. Seu tratamento é conservador, constituindo-se, basicamente, por mudança do hábito intestinal com uso de dieta rica em fibras e, algumas vezes, laxantes leves.

O tratamento cirúrgico é reservado para casos que não respondem adequadamente à conduta clínica.

Aqui são apresentados dois casos de Síndrome da Úlcera Solitária do Reto, diagnosticados histologicamente, correlacionando nossos achados com os casos descritos na literatura.

ABSTRACT

The Solitary Rectal Ulcer Syndrome is a disturbance that affects young adults, of either sex, clinically presented by rectal bleeding, mucus discharging and discomfort on defecation.

The pathogenesis, still not totally clarified, is probably caused by an alteration of contractility of the pelvic musculature, specially the puborectalis muscle, that doesn't relax during evacuations, creating an excessive intrarrectal pressure and internal prolapse formation, clinically detectable or not, leading to a chronic traumatism of the rectal wall, with subsequent ulceration.

The diagnosis is confirmed only by the histopathologic study, that, characteristically, shows an alteration of the *muscularis mucosae*, with hypertrophy of cells, and invasion of the *lamina propria* by muscle fibers and fibroblasts, with overproduction of collagen.

It's an uncommon pathology but should be remembered in the differential diagnosis of more frequent diseases like ulcerative colitis, Crohn's disease, amebiasis, and, principally, rectal carcinoma. The treatment is conservative, and consists basically by intestinal habits changing with a high-fiber diet and, sometimes, soft laxatives.

The surgical treatment is preserved for cases that doesn't answer to clinical management.

Here are presented two cases of Solitary Rectal Ulcer Syndrome, histologically diagnosed, correlating our findings with the cases described at literature.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Úlcera Solitária do Reto (SUSR) é uma patologia bastante rara, poucas vezes descrita em nosso meio. Contudo, o espectro clínico de suas manifestações torna-a uma entidade importante a ser lembrada no diagnóstico diferencial de condições como o adenocarcinoma retal, a retocolite ulcerativa inespecífica e a Doença de Crohn com comprometimento colorretal, patologias essas de manuseio muito diferente da referida síndrome.

São várias as teorias que tentam explicar a gênese da SUSR. Nenhuma delas, entretanto, conseguiu elucidar adequadamente o mecanismo fisiopatológico exato, seja através de correlações clínico-anatomopatológicas, seja através de estudos experimentais. A teoria mais forte é aquela que propõe uma origem isquêmica para as lesões ulceradas, decorrente de prolapso retal e que teria como consequência, alterações fibromusculares na mucosa e submucosa do reto. Não obstante os diversos relatos na literatura que corroboram essa teoria, nem todos os casos podem ser adequadamente explicados pela mesma, já que nem sempre o prolapso retal está presente, ou é clinicamente identificável.

A falta de conhecimento a respeito da etiologia exata faz com que não haja ainda um tratamento completamente eficaz para a SUSR. O tratamento cirúrgico não se mostrou satisfatório no controle das manifestações clínicas de casos relacionados ao prolapso retal. Em vários trabalhos, mesmo após a ressecção do segmento retal ulcerado, houve recorrência das lesões meses após. Visto isso, a maioria dos autores preconiza um tratamento conservador, principalmente no que tange a adoção de uma dieta rica em fibras, mudança de atitude no ato da defecação, evitando esforço excessivo, e, sobretudo, a tranquilização do paciente em relação ao caráter benigno da patologia.

O objetivo deste trabalho é apresentar o relato de dois casos de SUSR, diagnosticados histologicamente, tentando correlacioná-los com os achados da literatura e trazendo à discussão uma entidade que, embora rara, deve ser sempre mencionada ao se avaliar patologias colorretais mais freqüentes.

PACIENTES E MÉTODOS

Dois pacientes foram atendidos no Serviço de Coloproctologia do Hospital Universitário e Hospital de Caridade, em Florianópolis, tendo sido investigados quanto a sintomatologia e exame físico e, posteriormente, submetidos a propedêutica radiológica e endoscópica com biópsia das lesões e diagnóstico histopatológico.

CASO Nº 01

J. C. C., 24 anos, masculino, branco, apresentando-se há cerca de oito meses com retorragia durante e entre as evacuações, seguida de constipação, tenesmo e mucorréia eventual. Apresentava algumas vezes dor à evacuação e prolapso retal, com redução espontânea. Emagrecimento de 5 Kg no período. História prévia de hemorroidectomia há três anos. Sem outros antecedentes patológicos pessoais ou familiares.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, pressão arterial de 120/70mmHg, frequência cardíaca de 70 bpm, peso: 60 Kg, altura: 172 cm. Ausculta pulmonar e cardíaca normais. Abdome plano, flácido, simétrico, sem massas ou visceromegalias, levemente doloroso à palpação de fossa ilíaca esquerda, ruídos hidroaéreos presentes.

Exame proctológico: realizado na posição de Sims. Inspeção normal. Toque retal mostrando pequena irregularidade no quadrante anterior direito, semelhante a ferida de hemorroidectomia. Anuscopia normal. Retoscopia mostrando pequena lesão ulcerada rasa, de +/- 0,8 cm na parede anterior do reto, distante cerca

distante cerca de 2 a 3 cm da linha pectínea. Foi realizada biópsia, colhendo-se 3 fragmentos para exame histológico.

Ultra-sonografia abdominal: normal. Raio X de Trânsito Delgado: normal. Clister opaco: lesão de reto baixa.

Essa apresentação clínica e resultados dos exames complementares levou ao diagnóstico de provável lesão maligna de reto. O laudo inicial do exame histopatológico foi adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Como persistisse, contudo, dúvida a respeito desse laudo, o paciente foi levado a cirurgia, sendo submetido a uma ressecção local da lesão.

O exame histopatológico da peça cirúrgica revelou cortes de mucosa intestinal apresentando criptas com arquitetura parcialmente distorcida, com focos de erosão e áreas com aspecto de pseudo-invasão da muscular da mucosa. Conclusão: quadro compatível com Úlcera Solitária do Reto. (FIGURAS 01, 02 E 03).

Com esse diagnóstico, o paciente foi então mantido em observação clínica semestral, apresentando-se sem recidiva da lesão ulcerada até a última revisão.

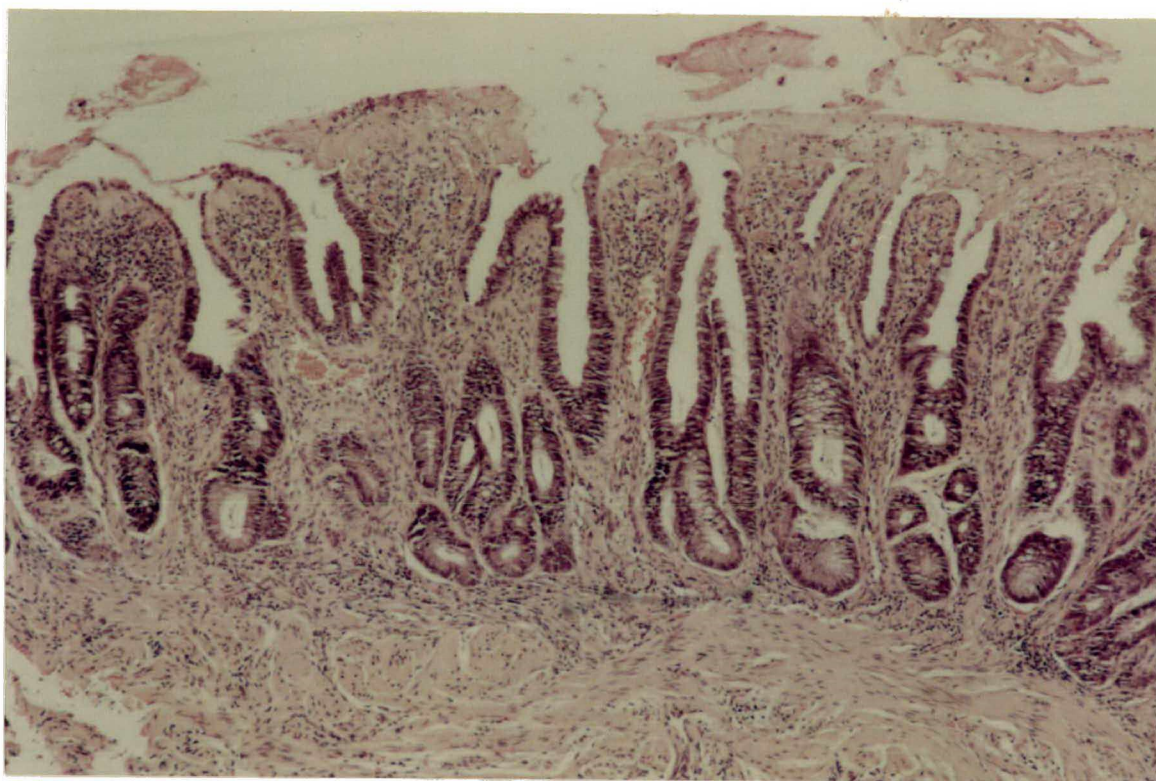


FIGURA 01 - Mucosa intestinal erodida, com alterações inflamatórias moderadas e criptas tortuosas, distorcidas (H.E. 40 x).

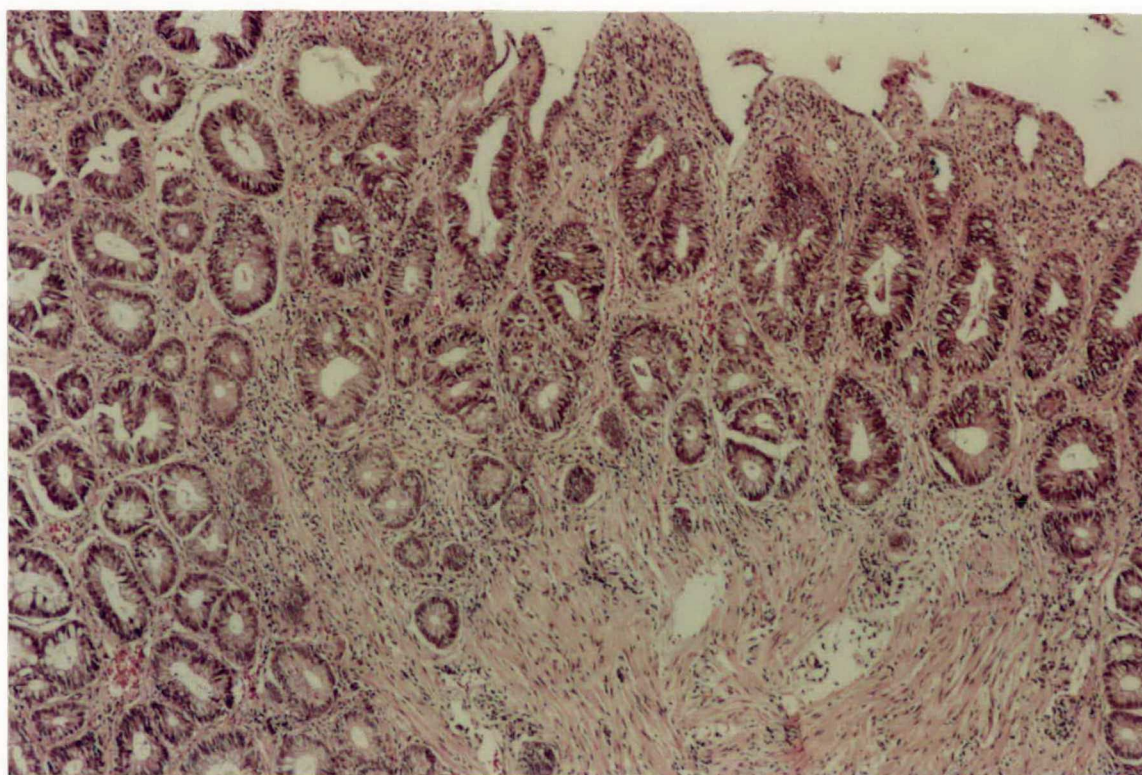


FIGURA 02 - Mucosa intestinal erodida, inflamada, com criptas em regeneração por vezes conferindo aspecto de pseudo-invasão da muscular da mucosa (H.E. 40 x)

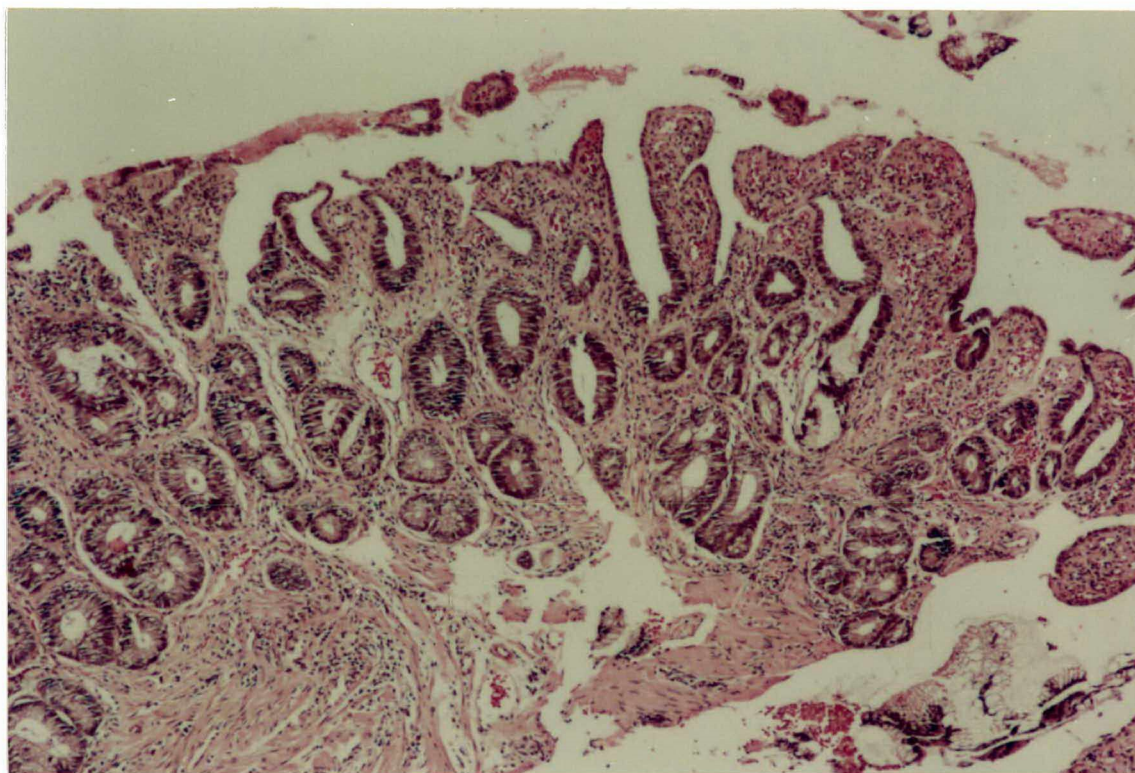


FIGURA 03 - Mucosa intestinal erodida, inflamada, com distorção arquitetural
(H.E. 40 x).

CASO Nº 02

B. J. O., 16 anos, masculino, branco, apresentando-se há 4 anos com retorragia durante ou entre as evacuações, dor abdominal em cólica, diarreia e mucorréia eventuais. Ausência de outros antecedentes patológicos pessoais ou familiares significativos.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, pressão arterial de 120/80 mmHg, frequência cardíaca de 88 bpm. Ausculta pulmonar e cardíaca normais. Abdome plano, flácido, simétrico, sem massas ou visceromegalias, levemente doloroso à palpação de flanco e fossa ilíaca esquerdos, ruídos hidroaéreos presentes.

Exame Proctológico: realizado na posição de Sims. Inspeção normal. Toque retal mostrando pequena lesão endurecida anterior. Anuscopia normal. Retoscopia mostrando lesão ulcerada de +/- 2,0 cm de diâmetro, de bordos elevados e fundo fibrótico, localizada a cerca de 6,0 cm da margem anal, na parede anterior do reto. Foi realizada biópsia, retirando-se 4 fragmentos para análise histológica.

O exame histopatológico revelou área de ulceração superficial com exudato fibrino-purulento, dilatação vascular, edema e hiperplasia glandular com configuração vilosa. Em um dos fragmentos havia nítida desorganização da muscular da mucosa. Ausência de malignidade. Conclusão: lesão compatível com Úlcera Solitária de Reto.

Com esse laudo o paciente foi então conduzido conservadoramente.

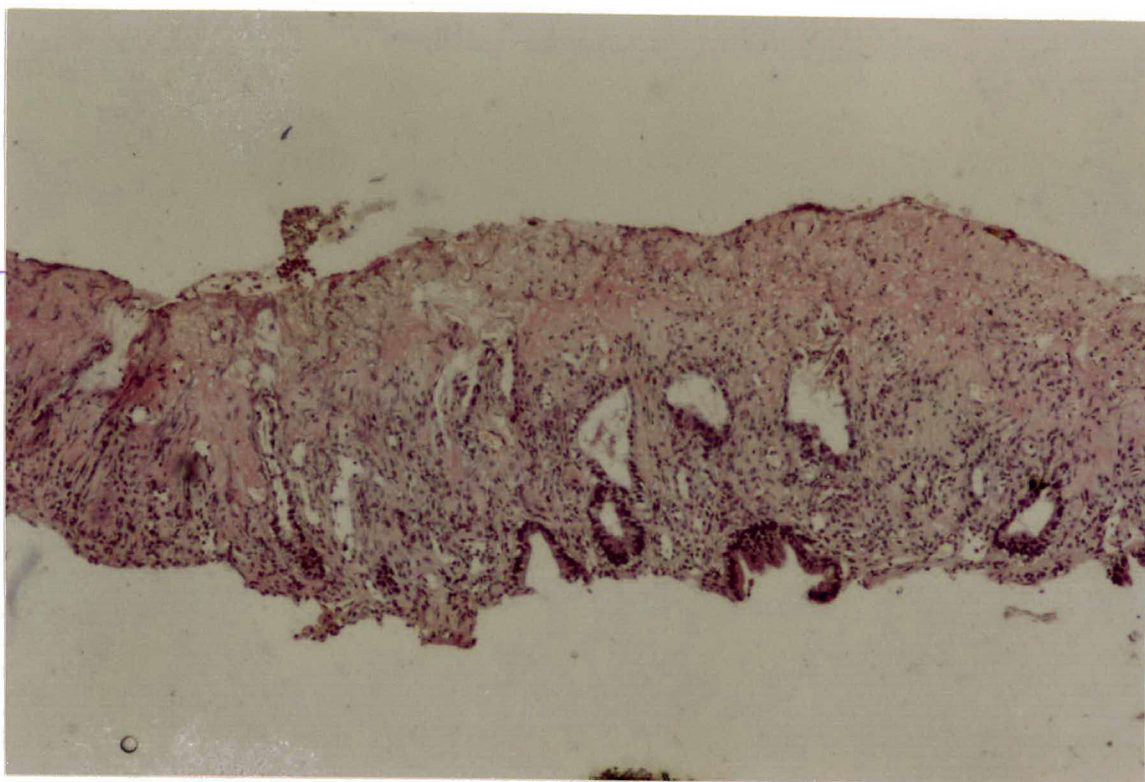


FIGURA 04 - Mucosa intestinal ulcerada, inflamada, com criptas distorcidas
(H.E. 40 x).

DISCUSSÃO

A Síndrome da Úlcera Solitária do Reto, uma entidade clínico-patológica poucas vezes vista na prática diária, já é conhecida desde a primeira metade do século XIX, quando foi descrita por Cruveilhier, que lhe denominou Úlcera Crônica do Reto.⁶ Desde então várias descrições têm sido feitas ^{6, 7}, ficando clássica a importante revisão de 68 casos feita por Madigan e Morson em 1969.¹⁰ Esses autores demonstraram que o nome da síndrome, apesar de arraigado nos meios clínico e, principalmente, anatomopatológico, não é de todo correto, pois muitas vezes mais de uma úlcera pode ser encontrada, bem como há um estágio da doença quando ainda não ocorreu ulceração. Outros autores mostraram, ainda, que muitas vezes não é necessária a presença macroscópica da úlcera para definir a síndrome, estando a mesma ausente durante todo o transcurso clínico da enfermidade.^{5, 9, 11, 13, 17}

A SUSR é classicamente descrita como uma doença de adultos jovens, caracterizada pela presença de sangramento vivo com ou entre as evacuações, mucorréia e dor ou desconforto ao defecar. Os dois casos por nós

apresentados correspondem à descrição anterior, sendo um paciente de 24 e o outro de 16 anos no momento do diagnóstico. Ambos apresentavam como manifestações índice o sangramento retal, acompanhado de dor e/ou desconforto anal, descarga mucosa pelo ânus e alteração do hábito intestinal (o primeiro paciente com constipação e o segundo com diarreia).

Ford e col.⁵, em uma série de 40 casos estudados, mostraram um intervalo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico de, aproximadamente, 5 anos. O mesmo tempo foi relatado por Niv e Bat¹¹ em uma série de 19 pacientes. Em um de nossos casos esse tempo foi de oito meses, enquanto que, no outro, de quatro anos.

Além desses sintomas cardinais, outros podem estar presentes, variando em frequência de série para série. Dentre eles a dor abdominal, principalmente em fossa ilíaca esquerda, é descrita em até 70% dos casos.⁵ Ambos os pacientes por nós descritos apresentavam dor em fossa ilíaca esquerda. O tenesmo é outra manifestação clínica comumente encontrada, sendo relatada em até 50% de algumas séries.^{11;16} Um de nossos pacientes apresentava tenesmo.

A presença de prolapso retal, que é um dos importantes fatores fisiopatológicos discutidos em toda a literatura, esteve presente em um de nossos casos, apresentando caráter de redução espontânea no mesmo.

Em várias séries revisadas^{5, 7, 10, 11, 13} é descrito esforço evacuatório excessivo, sendo em muitos pacientes necessário, inclusive, a manipulação digital

do ânus para a conclusão do ato da defecação. Esse processo tem implicações fisiopatológicas que serão discutidas mais adiante. Nenhum dos nossos dois pacientes referia esforço demasiado ao evacuar, nem digitação anal, apesar do primeiro deles ter apresentado constipação durante a evolução da doença.

Na série de 68 casos estudados por Madigan e Morson ¹⁰, 24 pacientes (35%) apresentavam um toque retal sem alterações. Os restantes apresentavam área de endurecimento da parede na região afetada, sem, contudo, haver enrijecimento ou fixação do reto à estruturas adjacentes. Achados semelhantes são descritos por outros autores.^{1, 9, 13} Algumas vezes as lesões podem se apresentar como massas polipóides, únicas ^{9, 17} ou múltiplas.¹⁷ O exame digital dos nossos dois pacientes mostrou endurecimento na parede retal anterior, o que é compatível com a maior parte da literatura consultada.^{1, 5, 9, 10, 17}

O exame retossigmoidoscópico pode demonstrar uma grande variedade de achados. O mais característico é a presença de ulceração macroscópica da mucosa retal ^{5, 10, 11}, podendo a mesma ser solitária ou composta por várias úlceras. Madigan e Morson encontraram úlcera única em 70% dos seus 68 casos, enquanto que os outros 30% tinham duas, três, ou mais úlceras, respectivamente, oito, três e nove pacientes.¹⁰ Na série de Ford e col.⁵, dos 40 casos estudados, 27 apresentavam uma ou mais ulcerações da mucosa retal, enquanto 13 pacientes não as apresentavam, sendo que destes, 7 mostravam apenas área de discreta hiperemia da mucosa, e os outros 6, lesão nodular ou polipóide.

A presença de lesão polipóide séssil foi descrita também por Yamagiwa ¹⁷, sendo que este tipo de lesão constituía a totalidade dos casos estudados por esse autor. Niv e Bat estudaram 19 casos de SUSR, dentre os quais 6 (32%) não apresentavam qualquer ulceração macroscópica.¹¹ Em nenhum dos sete casos estudados por Royes e col.¹³ foi encontrada ulceração macroscópica.

Desta forma vemos que, conforme enunciado anteriormente, o nome da Síndrome da Úlcera Solitária do Reto permanece mais pelo seu caráter clássico do que por representar um denominador comum de uma série de lesões macroscópicas.

Apesar disso, na maioria dos trabalhos há consenso quanto à localização das lesões, sejam elas polipóides, nodulares ou ulceradas, únicas ou múltiplas. É característica sua localização na parede anterior ou antero-lateral do reto, situadas habitualmente entre três e treze centímetros da margem anal, numa média de 7 a 8 centímetros.^{1, 5, 7, 10, 11} Na série de Royes e col.¹³ todas as lesões estavam localizadas nas paredes posterior ou póstero-lateral do reto. Knoepp e Davies ⁹ relataram um caso em que a lesão polipóide ocupava 66% da circunferência retal, sendo confundida com um adenoma viloso.

É também grandemente variável o tamanho das lesões ulceradas encontradas nas diferentes séries da literatura. Foram descritas ulcerações que variam em diâmetro desde o tamanho de uma “cabeça de fósforo” ¹⁰ até 5 centímetros ^{1, 5, 10}

O formato das úlceras pode ser linear, arredondado, oval e, em menor número, serpiginoso ou estrelado.¹⁰ Seus bordos podem ser bem definidos^{5,10} ou não^{1, 7}, separando a ulceração de uma mucosa adjacente normal^{7,10} ou granular.⁵

Dos casos por nós estudados, ambos apresentavam lesão solitária ulcerada da parede anterior do reto, a primeira medindo cerca de 8 milímetros, localizada a 3 centímetros da linha pectínea; e a segunda, que media, aproximadamente, 2 centímetros no seu maior diâmetro, localizava-se a 6 centímetros da margem anal.

A associação do exame digital ao retossigmoidoscópico forma a pedra angular no estabelecimento de um raciocínio diagnóstico adequado para todas as patologias que acometem as porções distais do intestino grosso. Isso não é exceção no caso da SUSR. O exame proctológico adequado, complementado por biópsias dirigidas da lesão e/ou áreas suspeitas, são capazes de estabelecer com certeza a natureza da patologia em estudo na maioria dos casos.

Dentre os exames complementares que podem auxiliar nos casos menos característicos, destaca-se o enema opaco. Este, contudo, não demonstrou grande utilidade nas séries estudadas^{10, 11}, já que poucos foram os casos em que alguma lesão foi demonstrável ao exame, e, desses, menos ainda podiam ser diferenciadas de outras patologias, como o carcinoma. Um de nossos pacientes foi

submetido a enema opaco, que demonstrou tão somente lesão baixa de reto, muito mais compatível com um processo maligno.

Exames mais sofisticados têm sido propostos. Alguns autores relataram o uso da eletromiografia como modo de avaliação da atividade dos músculos pélvicos, em especial o pubo-retal ^{1,12} Foi sugerida uma associação entre a Síndrome da Úlcera Solitária de Reto e o Prolapso Retal (Rutter citado por Pescatori e col. ¹²). Isso seria explicado por uma falta de relaxamento do pubo-retal durante a evacuação, o que levaria a um prolapso da parede anterior do reto por sobre o músculo anormalmente contraído, gerando um ponto de isquemia e, conseqüente fraqueza da mucosa, com posterior ulceração. ^{11,12} Esse mecanismo também poderia explicar a predileção das lesões pela parede anterior do reto, já que é nesse ponto que o músculo pubo-retal exerce maior pressão.

A alteração do músculo pubo-retal foi descrita também na Síndrome do Períneo Descendente, onde ocorre uma protrusão excessiva da parede retal anterior, durante a defecação (Parks citado por Ihre ⁸). Ihre ⁸ sugeriu que ambas as desordens seriam, na verdade, uma mesma entidade, ocorrendo nos pacientes como um ciclo: falta de relaxamento do pubo-retal , aumento do esforço na evacuação, prolapso retal interno, maior esforço para evacuar, aumento do prolapso. A lesão crônica seria causada pelo polo inferior da mucosa prolapsada por sobre o músculo pouco relaxado, no ponto de contato da mesma com a parede anterior do reto.

O avanço trazido pela eletromiografia veio confirmar a hipótese há muito proposta por vários autores ^{1, 7, 10} da relação entre o prolapso retal e a SUSR. A Proctografia Evacuatória e a Manometria Anorretal ^{1, 8} são outros dois exames que, junto com a Eletromiografia, têm grande valor para avaliação da fisiopatologia dessa entidade, embora careçam, na prática, de qualquer utilidade diagnóstica. A presença do prolapso visível não é indispensável, pois pode ser subclínico.¹⁴ Muitas vezes o mesmo só é detectado à Proctografia Evacuatória ¹², não sendo notado pelo paciente nem mostrado pelos exames complementares convencionais. Um de nossos pacientes apresentava prolapso retal ocasional durante a evacuação.

Todas essas evidências tornam o prolapso retal e sua consequência isquêmica sobre a parede retal o fator etiológico mais provável da SUSR. Foram propostos outros fatores etiológicos como o trauma local por digitação anal em pacientes constipados.^{1, 5, 9, 14} Este, provavelmente não é causa da lesão, mas consequência da alteração evacuatória existente nesses pacientes. Práticas homossexuais também foram aventadas como causa de trauma local, mas devem fazer parte do mesmo espectro de alterações.

Causas menos comuns, porém interessantes, foram descritas na literatura. Uma delas foi relatada por Eckardt e col. ⁴, que mostraram uma casuística de seis pacientes portadores de úlcera retal causada por uso crônico de supositórios de ergotamina para tratamento de enxaqueca. Crowe e Stellato ³ apresentaram um

caso de úlcera solitária induzida por radioterapia para tratamento de carcinoma adenoescamoso de endométrio.

Foram descritos também casos em que a etiologia poderia ser uma malformação hamartomatosa congênita da mucosa retal ^{1, 5} ou haver relação com doença inflamatória intestinal. ^{5, 11}

Esses fatores etiológicos descritos anteriormente incluem-se no quadro de causas específicas de ulceração retal, não sendo portanto analisados aqui em profundidade.

O diagnóstico da SUSR será firmado a partir da biópsia das lesões encontradas no exame retossigmoidoscópico e sua posterior análise histopatológica.

Em excelente trabalho, Bogomoletz¹ revisou os aspectos histopatológicos característicos da SUSR, dividindo as alterações microscópicas da mucosa retal em uma Fase Precoce e uma Fase de Alterações Secundárias.

A Fase Precoce da SUSR seria definida como uma fase não-ulcerada, apresentando alterações características descritas por vários autores, dentre eles, Madigan e Morson ¹⁰:

- Hipertrofia da *muscularis mucosae*, gerando espessamento e desorganização dessa camada, que dá sustentação à mucosa.
- Obliteração fibromuscular da lâmina própria: essa alteração é inicialmente vista como invasão da lâmina própria por fibras musculares lisas isoladas provenientes da *muscularis mucosae* subjacente. Posteriormente ocorre confluência dessas

fibras, bem como proliferação de fibroblastos, com conseqüente produção de colágeno.

- Hiperplasia das criptas, que podem ramificar-se tomando uma configuração pseudovilosa. Gradativamente as porções mais profundas das criptas geram dilatações císticas com superprodução de muco, conformação essa também característica da Colite Cística Profunda (muitos autores consideram as duas condições como sinônimo ^{1, 14}).

Essas alterações podem ser permeadas por um infiltrado inflamatório misto e por vasos dilatados e congestos. ¹

A Fase de Alterações Secundárias seria uma combinação das modificações citadas anteriormente, gerando complicações como:

- Erosão- caracteriza-se por necrose do epitélio e da lâmina própria, deposição de fibrina, infiltrado de neutrófilos e hemorragia capilar.
- Ulceração- progressão da lesão erosiva, acometendo camadas mais profundas da mucosa e esboçando o início do processo de reparação.
- Fibrose- ocorre após ulceração extensa da mucosa e submucosa.
- Hemorragia- decorrente da lesão vascular ocasionada pela erosão e ulceração da mucosa.

Não ocorrem diferenças micoscópicas entre os casos em que há ulceração macroscópica e aqueles em que esta não se faz presente. ^{1, 5, 10, 11}

Madigan e Morson ¹⁰ propuseram pela primeira vez a designação da Fase Precoce

da SUSR como uma Fase Não-Ulcerada, atribuindo um caráter mutável à mesma, ou seja, a possibilidade de ulceração com posterior cicatrização e, novamente, ulceração.

Essa mesma Fase Precoce foi designada por Thomson e Hill (citados por Niv e Bat) como Fase Pré-Ulcerosa. Niv e Bat ¹¹ demonstraram em sua casuística que nenhum dos seis pacientes sem ulceração macroscópica desenvolveu úlcera, mas, em contrapartida, três pacientes que apresentavam úlcera passaram a um estado sem ulceração. A isso chamaram Estado Pós-Ulceroso.

Ford e col. ⁵ demonstraram que, no grupo de pacientes que se apresentavam inicialmente com ulceração macroscópica, havia grande variabilidade no aspecto dessas úlceras durante a evolução do processo, embora sempre permanecessem na mesma posição em relação à parede retal. Por outro lado, nas lesões do grupo sem ulceração macroscópica, pouca ou nenhuma alteração anatômica foi notada durante o seguimento da doença. Dessa forma, esses autores também contestaram, a exemplo de outros ¹¹, a teoria do Estado Pós-Ulceroso de Thomson e Hill.

Métodos mais modernos têm sido utilizados na análise dos caracteres histopatológicos da SUSR. Chanvitan e Nopanitaya ² fizeram um estudo de microscopia eletrônica em dois casos de SUSR, demonstrando a nível ultraestrutural os mesmos achados da microscopia óptica, com alterações fibróticas

da lâmina própria, proliferação de fibroblastos em arranjos de cinco a seis células e deposição de colágeno ao seu redor.

O mais importante em toda a análise por nós realizada até aqui, repousa no fato de que a biópsia retal com o estudo histopatológico da lesão, seja ela ulcerada ou não, é o ponto fundamental no diagnóstico da Síndrome da Úlcera Solitária do Reto. As alterações microscópicas anteriormente descritas são altamente sugestivas. Contudo, algumas vezes podem não estar presentes na sua forma mais característica. É de fundamental importância diferenciar a SUSR de outras patologias mais frequentes como a doença de Crohn, a retocolite ulcerativa inespecífica, amebíase, linfogranuloma venéreo e, principalmente, o carcinoma retal.^{5, 12, 15} Essa diferenciação nem sempre é fácil. Thomson e col.¹⁵, em uma amostra de seis casos, relataram que três deles tiveram diagnóstico retossigmoidoscópico de lesão maligna, sendo posteriormente diferenciados no exame histopatológico. No nosso primeiro caso o diagnóstico histopatológico inicial de carcinoma retal gerou dúvida, sendo o paciente, então, submetido a ressecção transanal da lesão, com posterior confirmação do caráter benigno da doença. A análise histológica da peça cirúrgica mostrou tratar-se de SUSR. O segundo caso, cujo estudo histopatológico inicial diagnosticou SUSR, foi tratado conservadoramente.

O tratamento da SUSR é muito controverso. Embora várias tentativas cirúrgicas já tenham sido propostas, a tendência atual repousa em uma abordagem inicial conservadora ^{5, 13, 15, 16, 17}, assegurando, em primeiro lugar, ao paciente, o caráter benigno da patologia.

Conforme exposto anteriormente, a implicação fisiopatológica mais importante dessa doença consiste em uma falta de relaxamento da musculatura perineal que levaria, na maioria das vezes, a um prolapso retal interno, com posterior alteração isquêmica da parede. Foi também demonstrado que o prolapso gera uma maior dificuldade para a defecação, levando a um aumento do esforço evacuatório, medida que perpetuaria, dessa forma, a anormalidade dos músculos pélvicos.

Disto concluiu-se ^{5, 9, 11, 16, 17} que uma dieta rica em fibras e o uso criterioso de laxativos orais seriam medidas universais a serem tomadas no manuseio primário da SUSR. Dessa forma estar-se-ia eliminando o fator perpetuador do processo que seria o aumento da pressão intra-retal. Nem todos os autores conseguem, contudo, bons resultados com essas medidas. Ford e col. ⁵ não alcançaram remissão sintomática permanente ou cura das lesões. Outros autores relatam resultados semelhantes. ¹¹

van der Brandt-Grädel e col. ¹⁶ realizaram trabalho bastante importante para avaliação da eficácia dessas medidas terapêuticas. Em um grupo de 21 pacientes, todos diagnosticados como portadores de SUSR, eles introduziram

uma dieta com 30 a 40 gramas de fibras por dia, sendo a mesma obtida com o uso de cinco ou seis fatias de pão integral, duas porções de vegetais crus e quantidade livre de vegetais cozidos, pelo menos duas frutas e seis colheres de sopa de farelo. Além disso os pacientes foram instruídos a evitar esforço durante a evacuação.

Na maioria dos casos, a diminuição dos sintomas e a normalização do ritmo intestinal ocorreu antes do desaparecimento das lesões macroscópicas. Em 15 dos 21 pacientes os sintomas desapareceram totalmente e houve cura da ulceração, em um tempo que variou de dois e meio a vinte e um meses, numa média de dez meses e meio. Os autores afirmam que o controle e o seguimento da terapia devem ser rigorosos, sendo necessários vários meses para avaliar os resultados. Concluem ainda, que os pacientes que falharam na recuperação sintomática e/ou morfológica de suas lesões, o fizeram por inabilidade de seguir a dieta de maneira adequada. Indo mais além, ainda, demonstraram que nenhum benefício é alcançado quando se utilizam laxativos suaves nos pacientes que falharam no tratamento apenas com a dieta.

Dessa forma, com a diminuição da consistência das fezes, diminuição do esforço evacuatório e regulação do hábito intestinal apenas com uma dieta rica em fibras, van der Brandt-Grädel e col.¹⁶ propõe que esse deva ser o ponto fundamental da terapêutica, sendo suficiente para a resolução do problema em pelo menos dois terços dos pacientes.

Muitos autores, por não conseguirem resultados semelhantes aos expostos acima, lançam mão de outras medidas. Madigan e Morson ¹⁰ enumeraram uma série de tratamentos empíricos utilizados à época do seu relato. Dentre eles destacava-se o uso de supositórios, cujos componentes incluíam adrenalina, anti-histamínicos, arsênico, bismuto, hidrocortisona e outros esteróides, mercúrio, etc. Enemas de retenção de corticóides, bem como antibióticos e agentes quimioterápicos sistêmicos (orais ou parenterais) ou locais também foram tentados.

De todas as tentativas terapêuticas anteriormente enumeradas, o enema de corticóides e a sulfasalazina oral são os mais discutidos. Niv e Bat ¹¹, assim como Ford e col. ⁵ não conseguiram resultados significativos com o emprego de tal terapia. Pescatori e col. ¹² relataram diminuição da recorrência dos sintomas a curto prazo, nos seus primeiros pacientes.

Apesar de toda a discussão em torno da terapia clínica, é bem definido na literatura que a SUSR é uma entidade de caráter recorrente, apresentando recidiva dos sintomas após algum tempo de remissão. Nenhuma modalidade terapêutica foi capaz, até agora, de alterar significativamente o curso natural da doença.

Assim como as formas clínicas, o manuseio cirúrgico desses pacientes até hoje tem sido insatisfatório. Várias técnicas de correção do prolapso retal foram propostas, mas nenhuma delas conseguiu sobrepor-se ao tratamento

clínico, dado o caráter recorrential das lesões tanto quando tratadas conservadoramente, quanto de maneira mais agressiva.

Niv e Bat ¹¹ fizeram uma interessante revisão das técnicas cirúrgicas propostas e utilizadas até então, correlacionando-as com a sua eficácia. Dentre elas citaram:

- Excisão transanal da lesão, que demonstrou índice de recorrência de 50 a 70% na maioria das séries por eles revisadas. Nenhum dos procedimentos locais utilizados de forma adjuvante ou independente como injeção de solução esclerosante, eletrocoagulação, dilatação ou hemorroidectomia, foi eficaz.
- Excisão da lesão por via transesfintérica posterior, que falhou em quase 100% das tentativas.
- Retopexia transabdominal e reparo do prolapso retal foram eficazes em reduzir a sintomatologia em pelo menos 50% dos pacientes em algumas séries revisadas, porém não em prevenir a recorrência das lesões.
- Ressecção com anastomose término-terminal, assim como colostomia proximal, não preveniram a recidiva das lesões e da sintomatologia.

A revisão realizada por aqueles autores demonstra que nenhuma das técnicas cirúrgicas propostas até o momento é suficientemente boa. As mesmas devem ser reservadas para casos especiais, quando as medidas clínicas não conseguem controlar a sintomatologia.¹⁶ Não há, contudo, garantia que essa medida será capaz de resolver definitivamente a doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) BOGOMOLETZ, W. V. Solitary rectal ulcer syndrome/mucosal ulcer syndrome. **Pathol. Annu.** 27, 75-86, 1992.
- 2) CHANVITAN, A. and NOPANITAYA, W. Solitary rectal ulcer - electron microscopy study of two cases. **Dis. Colon Rectum.** 29(6), 421-25, 1986.
- 3) CROWE, J. and STELLATO, T. A. Radiation-induced solitary rectal ulcer. **Dis. Colon Rectum** 28(8), 610-12, 1985.
- 4) ECKARDT, V. F. et all. Anorrectal ergotism: another cause of solitary rectal ulcers. **Gastroenterology.** 91(5), 1123-7, 1986.
- 5) FORD, M. J. et all. Clinical spectrum of "solitary ulcer" of the rectum. **Gastroenterology.** 84(6), 1533-40, 1983.
- 6) GOLIGHER- Non-specific ulceration of the colon and the solitary rectal ulcer syndrome. **Surgery of the Anus, Rectum and Colon.** 5^a ed. Eastbourne, East Sussex: Baillière Tindall. 1075-82, 1984

- 7) HASKELL, B. and HOVNER, H. Solitary ulcer of the rectum. **Dis. Colon Rectum**. 8(5), 333-36, 1965.
- 8) IHRE, T. Intussusception of the rectum and the solitary ulcer syndrome. **Ann. Med.** 22(6), 19-23, 1990.
- 9) KNOEPP, L. F. and DAVIES, W. M. Solitary rectal ulcer syndrome - not always ulcerated. **Sth. Med. J.** 35(10), 1033-34, 1992.
- 10) MADIGAN, M. R. and MORSON, B. C. Solitary ulcer of the rectum. **GUT**. 10(11), 871-81, 1969.
- 11) NIV, Y. and BAT, L. Solitary rectal ulcer syndrome - clinical, endoscopic and histological spectrum. **Am. J. Gastroenterol.** 81(6), 486-91, 1986.
- 12) PESCATORI, M. et all. Clinical picture and pelvic floor phisiology in the solitary rectal ulcer syndrome. **Dis. Colon Rectum**. 28, 862-67, 1985.
- 13) ROYES, C. A. et all. Solitary rectal ulcer syndrome. **W. I. Med. J.** 41(4), 152-5, 1992.
- 14) STUART, M. Proctitis cystica profunda - incidence, etiology and treatment. **Dis. Colon Rectum** 27(3), 153-56, 1984.
- 15) THOMSON, G. et all. Solitary ulcer of the rectum - or is it? A report of 6 cases. **Br. J. Surg.** 68, 21-4, 1981.
- 16) VAN DEN BRANDT-GRÄDEL, V. et all. Treatment of solitary rectal ulcer syndrome with high-fiber diet and abstention of straining at defecation. **Dis. Colon Rectum** 29(11), 1005-8, 1984.

17) YAMAGIWA, H. Protuded variants in solitary ulcer syndrome of the rectum.

Acta Pathol. Jpn. 38(4), 471-8, 1988.

TCC
UFSC
CC
0360

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0360

Autor: Glavam Junior, Pau

Título: Síndrome da úlcera solitária do



972816151

Ac. 253182

Ex.1 UFSC BSCCSM